ولی زاده، مهدی؛ منشیی، غلامرضا؛ کارشکی، حسین (۱۳۹۷). اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علایم غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان. *پژوهش های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)*، ۶۰-۴۳.
DOI: 10.22067/ijap.v8i2.66591

اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علایم غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان

مهدی ولی زاده[۱]، غلامرضا منشیی[۲]،حسین کارشکی[۳]

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۱۳ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۴

چکیده

هدف: بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم غم غربت، اضطراب و تنظیم شناختی هیجانی دانشجویان جدید الورود دانشگاه فردوسی مشهد.

روش: شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۳۰نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بود که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه گمارده شدند. اعضای گروه آزمایش ۸ جلسه گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و به اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. قبل و بعد از اجرای مداخله پرسشنامه های غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان توسط گروه نمونه تکمیل شدند.

یافته ها: در پس آزمون و پیگیری، علایم غم غربت و اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته‌است و تنظیم هیجانی دانشجویان بهبود یافت. یافته‌های پژوهش مؤید این مهم است که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش احساس غربت و اضطراب دانشجویان می گردد و نیز تنظیم هیجانی آنان را افزایش می دهد.

واژه‌های کلیدی: غم غربت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب ، تنظیم شناختی هیجانی، دانشجویان

۱ . دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) mvalizade65@gmail.com

۲ . دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان(خوراسگان)،(نویسنده ی مسئول) smanshaee@yahoo.com

۳ . دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

اکثر ما به زادگاهمان یا محلی که آن را خانه می‌نامیم به شدت وابسته‌ایم. وقتی شما خانه را به قصد حضور در دانشگاه ترک می‌کنید، چه‌بسا درجاتی از غم غربت[1] و دل‌تنگی را حس کرده باشید. فعالیت های تحصیلی و ضرورت های مهم زندگی، افراد را از خانه و خانواده دور کرده و به تماس با مکان ها، افراد و فرهنگ های دیگر برای مدتی کوتاه یا طولانی وا می دارد، پدیده هایی از این قبیل، مسائل و مشکلاتی را فرا می خواند که احساس غربت یکی از آنهاست (Van Tilburg & Vingerhoets, 2005). زندگی دانشجویی شرایطی تازه بوده که برای دانشجویان جدید الورود دلتنگی های خاص خود را به همراه دارد. پذیرفتن نقش های جدید، تقاضاهای تحصیلی، مشکلات مالی، کاهش اعتماد به نفس، احساس غربت، نقص در مهارت های مطالعه، کم جرات بودن در هنگام تعاملات اجتماعی، اضطراب و تنش زیاد، نمونه ای از این مشکلات می باشند. مجموعه ی این تغییرات می توانند با ایجاد استرس شدید در فرد، به بر هم خوردن تعادل بین منابع درونی و خواسته های بیرونی منجر شوند و بروز پدیده ایی به نام احساس غربت را در پی داشته باشند (VanVliet, 2001).

غم غربت، اصطلاحی کلی است که اندوه، غمگینی، از دست دادن معنا، ترس از پیش بینی و احساس تنهایی را دربرمی گیرد. رفتن به دانشگاهی در شهر دیگر همواره معادل با تغییرات بسیاری از قبیل تنها زندگی کردن در شهر جدید، یافتن دوستانی جدید، آشنا شدن با محیط دانشگاه، سازگارشدن با موقعیت ها و شیوه زندگی بدون حضور والدین و دوستان قدیمی می باشد (Bardelle, & Lashley, 2015., Bernier, Larose, & Whipple, 2005). احساس غربت دارای مجموعه‌ای از نشانه‌ها توصیف‌شده است مانند نشانه‌های بدنی مثل مشکلاتی در معده و روده؛ سردرد، بی‌اشتهایی و اختلال خواب؛ نشانه‌ای انگیزشی مانند اشتیاق بازگشت به خانه؛ نشانه‌ای شناختی شامل افکار وسواسی[2] در مورد خانواده، ناتوانی در تمرکز بر فعالیت‌های روزانه، ارزیابی منفی از محیط جدید و افکار آرمانی در مورد محیط قبلی؛ و نشانه‌های عاطفی مشابه نشانه‌های مربوط به اختلال‌های خُلقی و اضطرابی مخصوصاً احساس افسردگی؛ نشانه‌های رفتاری مانند تلاش برای حفظ تماس با خانواده، بستگان و دوستان.

علاوه بر این، احساس غربت می‌تواند موجب عزت‌نفس پایین (Hojat & Herman, 1985) اضطراب و استرس گردد (VanVliet, 2001) که به بروز مشکلات هیجانی در دانشجویانِ مبتلا منجر می‌شود. به همین علت، مطالعهٔ عوامل روان‌شناختی و محیطیِ پیش‌بینی کننده احساس غربت و عوامل

1. Homesickness
2. Obsessive Thoughts

محافظت‌کننده‌ای که می‌توانند به کاستن از عواقب ناخوشایند آن کمک کنند، ضروری به نظر می‌رسد. به بیان دیگر احساس غربت عبارت است از وضعیت پیچیده ی شناختی، انگیزشی و هیجانی خاصی که با اشتغالات ذهنی فراوان در مورد محیط قبلی همراه می شود (Benn, Harvey, Gilbert & Irons, 2005). این پدیده معمولا یک واکنش طبیعی در برابر محیط جدید و در عین حال پدیده ای بالقوه تضعیف کننده است که افراد همه فرهنگ ها و گروه های سنی را تحت تاثیر قرار می دهد (Van Tilburg, Vingerhoets & van Heck, 1996). گزارش های متعدد نشان دادند حدود ۶۵ درصد دانشجویان غیر بومی دچار احساس غربت می شوند (Van Tilburg & et al, 1996)، که از این عده ۷ تا ۱۰ درصد به انواع شدیدی از احساس غربت مبتلا می گردند (Eurelings-Bontekoe, Brouwers, Verschuur, & Duijsens, 1998). تحقیقات متفاوتی بروز این پدیده را در جمعیت دانشجویانی که به منظور ادامه تحصیل دیار خود را ترک گفته اند، گزارش کرده اند.

در این پژوهش، متغیر های وابسته ای که مورد نظر هستند شامل اضطراب و تنظیم شناختی- هیجانی می باشند که بر اساس پیشینه پژوهش هایی که در زمینه غم غربت انجام شده است انتخاب شده اند تا تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی آنها مورد سنجش قرار گیرد. در همین راستا، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که اگر مداخله‌ای ترکیب عناصر بالا را داشته باشد می‌تواند از شدت احساس دل‌تنگی و غم غربت بکاهد و احساس اضطراب آن را کاهش دهد (Cao, Zhu, & Meng, 2016, Calaguas, 2014, Thurber & Walton, 2007, Thurber, 2005 & Tognoli, 2003). در ادامه به نتایج چند نمونه از این پژوهش ها اشاره می شود:

نتایج پژوهش بینفت و پسمور (Binfet & Passmore, 2016) نشان می دهد که افرادی که برنامه درمانی غم غربت را دریافت کرده بودند، بعد از هشت هفته نسبت به افرادی که درمانی را دریافت نکرده بودند، رضایتمندی بیشتری را گزارش کردند و آنهایی که وارد برنامه درمان شده بودند نسبت به گروه کنترل رابطه‌ی بیشتری با محوطه دانشگاه داشته و در متغیر غم غربت کاهش معناداری را نشان دادند. همچنین اسمیت، هانراهان، اندرسون و آبوت (Smith, Hanrahan, Anderson & Abbott, 2015) پیشنهاد دادند با بکارگرفتن راهبردهای بهبود دهنده‌ی عزت‌نفس می‌توان احتمال بروز غم غربت را کاهش داد. همچنین کالاگاس (Calaguas, 2014) در پژوهش خود، ۴۱۶ دانشجو را موردمطالعه قرار داد. وی با بیان اینکه تجربه احساس دل‌تنگی در میان دانشجویان جدیدالورود باید جدی گرفته شود پیشنهاد داد که فکر کردن درباره جنبه‌های مثبت باعث ایجاد احساس بهتر در دانشجو شده که این خود یکی از راهبردهای درمانی است که

توربر و والتون (Thurber & Walton, 2007) کرده بودند. او در ادامه تصریح کرد که مداخلاتی که در قالب بهبود فعالیت‌ها و مهارت‌های اجتماعی برای دانشجویان جدیدالورود انجام می‌شود، می‌تواند برای کاهش تجربه غم غربت کمک موثری باشد.

همچنین نتایج پژوهش سوینس و گیزیر (Sevins & Gizir, 2014) در مورد دانشجویان سال اولی نشان داد که سازگاری اجتماعی تحت تأثیر میزان روابط دوستانه و مشارکت در فعالیت های سرگرم کننده و مدیریت اوقات فراغت است. علاوه بر این، عوامل فردی مانند کمرویی، ترس از شکست، عدم رضایت، تنهایی و غم غربت هم در این مساله دخیلند. همچنین توربر و والتون در پژوهش‌های متعدد خود حول محور احساس دل‌تنگی و غم غربت به شواهدی دست یافتند که بیان‌گر این حقیقت بود که آموزش‌های درست باعث می‌شود فرد احساس کنترل بیشتری نسبت به موقعیت جدید حس کند. با آموزش مناسب عزت‌نفس فرد بالا رفته و در هنگام بروز علائم دل‌تنگی (که طی روند آموزش و درمان با آن‌ها به‌طور کامل آشنا شده است)، حمایت اجتماعی لازم را خواست ودریافت کند. فردی که دوره‌های آموزشی لازم را گذرانده باشد، توانایی بیشتری در مدیریت احساسات و هیجانات خود دارد و به بیان علمی‌تر راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتری را به خدمت می‌گیرد تا با هیجانات و شرایط جدید به وجود آمده کنار بیاید. آموزش و درمان به موقع احساس دل‌تنگی و غم غربت سبب می‌شود فرد علائم را زود شناسایی کرده و آن‌ها را با استفاده از راهبردهای مناسب در کوتاه ترین زمان ممکن فرونشاند و این خود به بهبود عملکرد فرد منجر می‌شود؛ به‌عبارت‌دیگر، علائم مانع از انجام تکالیف اصلی که فرد به‌خاطر آن تن به جابه‌جایی و دوری از خانه داده است، نخواهد شد (Thurber & Walthon, 2007., 2012). در پژوهشی دیگر که تربر و والتون بر روی کودکان و نوجوانان و همچنین دانشجویانی که به دور از خانواده مشغول تحصیل بودند انجام دادند، دریافتند که احساس غربت با اضطراب و افسردگی و به‌طورکلی با روان رنجوری رابطه‌ی معناداری دارد، همچنین دل‌بستگی ناایمن به والدین و داشتن شخصیت وابسته نیز با احساس غربت رابطه‌ی معنادار دارد (Thurber & Walthon, 2012).

همانطور که پژوهش ها نشان دادند یکی از مشکلاتی که در افراد مبتلا به احساس غربت به وفور دیده می شود احساس اضطراب به دلیل دوری از خانه و خانواده است. احساس غربت می‌تواند به کمبود روابط اطمینان بخش و احساس تنهایی منجر شود و زمینه‌ساز احتمال بروز اضطراب، افسردگی، مصرف مواد و الکل و حتی خودکشی باشد (Tabe Bordbar, Rasoolzadeh, Fallah & Samani, 2009).

همچنین گفته شد که بین غم غریت و اضطراب ارتباط تنگاتنگی وجود دارد و عوامل سبب ساز مشترکی دارند. همه انسانها اضطراب را در زندگی خود تجربه می کنند و طبیعی است که مردم هنگام مواجهه

با موقعیت های تهدیدکننده و تنش زا مضطرب می شوند، اما احساس اضطراب شدید و مزمن در غیاب علت واضح، امری غیرعادی است. اضطراب شامل احساس عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است. منظور از اضطراب هیجان ناخوشایندی است که معمولاً با کلماتی مانند نگرانی، تشویش، تنش، و ترس توصیف می‌شود؛ احساساتی که همه با شدت‌های مختلف آن را تجربه می کنند (Sadook, 2007).

به طور کلی اضطراب یک احساس منتشر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسی است که با یک یا چند حس جسمی مانند احساس خالی شدن سردل، تنگی قفسه سینه، طپش قلب، تعریق، سردرد و... همراه است. اضطراب نوعی احساس نگرانی است که انسان را برای مقابله با یک حادثه و خطر تجهیز می کند و ریشه و علل آن مبهم است و به شکل یک بحران حاد غالباً چند دقیقه طول می کشد، اما موارد افرطی آن چندین ساعت ادامه دارد. نگرانی فکری و اضطراب در واقع جزئی از زندگی است که وجود اندکی از آن به تمرکز و انگیزه کمک می کند اما اضطراب زیاد از حد باعث احساسی از ناامیدی به همراه گیجی می شود (Sadook & Sadook, 2007). در همین راستا قنبری، حبیبی و شمس‌الدینی (Ghanbari, Habibi & Shamseddini, 2013) در پژوهش خود نشان دادند با کمک راهبردهای رفتاری مدیریت استرس از قبیل تن آرامی و آرامش عضلانی می‌توان تنش‌ها و اضطراب را کاهش داد. افراد علائم جسمانی مرتبط با استرس را شناسایی کرده و با تسلط یافتن در کسب آرامش که ناسازگار با تنش است، اضطراب و تنش ناشی از احساس غربت را کاهش می‌دهند. با توجه به اینکه احساس غربت اغلب به‌عنوان افسردگی واکنشی به ترک خانه در نظر گرفته می‌شود، لذا به‌طور منطقی می‌توان انتظار داشت بازسازی شناختی که افسردگی را کاهش می‌دهد در بهبود احساس غربت نیز مؤثر واقع شود.

اسکنتیزر، آندریز و لبر (Scantizer, Aneris & Leber, 2007) در بررسی های خود نشان دادند که مداخلات شناختی در افزایش فهم و درک رفتارهای هیجانی-اجتماعی و اصلاح رفتارهای دشوار موثر می باشد (Anvari & etal, 2014). دوئناس (Duenas, 2016) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی نوجوانان با مشکلات تنظیم هیجانی پرداخت و به این نتیجه دست یافت که این درمان باعث بهبود قابل توجهی در مشکلات تنظیم هیجانی، کیفیت زندگی و عملکرد کلی روزانه و کاهش اجتناب و افکار و هیجانات ناکارآمد و افزایش سطح فعالیت رفتاری نوجوانان شده است. هیجان ها همواره مورد توجه کامل انسان بوده اند؛ زیرا در هر تلاش و در هر اقدام مهم بشری، هیجانات به طریقی دخالت دارند. در واقع، هر یک از هیجان های آدمی، نوعی تمایل و انگیزه ی آنی برای عمل و طرحی ضروری برای اداره زندگی که تکامل در درون انسان جایگزین کرده، هستند. هیجان یک حالت روان شناختی و

فیزیولوژیک است که با دامنه وسیعی از احساسات، افکار و رفتارها همراه است. به تعریف دیگر، هیجان، حالت پیچیده احساسی که دارای اجزای روانی، جسمی و رفتاری است (Sadook & Sadook, 2007).

تنظیم شناختی هیجان به شیوه های شناختی مدیریت آگاهانه ورود اطلاعات فراخواننده هیجان اشاره دارد (Garnefsky, Kraaij & Spinhoven, 2001) و می تواند به عنوان جزئی از نظریه وسیع تر تنظیم هیجان باشد که بدین صورت تعریف می گردد: «کلیه فرایندهای درونی و بیرونی مسئول برای کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش های هیجانی خصوصا در موقعیت های فشرده و موقتی» (Garnefsky & Kraaij, 2006). سال ها تحقیق نشان داده است که تنظیم هیجان از طریق شناخت و افکار به طور لاینفکی با زندگی انسان ها مرتبط است و به افراد کمک می کند تا بر هیجاناتشان در طی و یا بعد از تجربه وقایع تهدید کننده و اضطراب آور کنترل داشته باشند (Garnefsky, Kraaij & Spinhoven, 2001., Garnefsky & Van den kummer, 2002).

تنظیم شناختی هیجان به معنای فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش های عاطفی فرد را در مسیر تحقق اهداف او برعهده دارد. دشواری در تنظیم هیجانات، اغلب به عنوان مولفه ای اساسی در بسیاری از اختلالات رفتاری مطرح می شود. از طرفی عدم کنترل هیجانی به شرایطی اشاره دارد که در آن، پاسخ های هیجانی افراد اغلب خارج از کنترل آن هاست. توانایی برای تنظیم و کنترل هیجان بدین معناست که فرد قادر به انتخاب افکار، احساسات و رفتارهایی باشد که در طولانی مدت به نفع اوست و به عنوان ابزاری برای فهمیدن این است که چگونه فرد می تواند توجه و فعالیت خود را سازمان دهد؛ و اعمال راهبردی و مصرانه را برای غلبه بر موانع و حل کردن مسائل به دست آورد. هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می تواند فرد را در برابر مشکلات هیجانی چون افسردگی و اضطراب و فشار روانی آسیب پذیر سازد. در انتها می توان گفت، تنظیم شناختی هیجان به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان اشاره دارد(Garnefsky & Kraaij, 2006).

در راستای مبانی ذکر شده و با توجه به شمار اندک پژوهش های انجام شده در زمینه غم غربت و این که امروزه ورود به دانشگاه برای کثیری از جوانان حائز اهمیت است، بنابراین، مسئله نقل مکان از زادگاه و عواقب روان شناختی آن نیازمند توجه و بررسی می باشد. لذا پرداختن به غم غربت و شناسایی درمان‌های اثربخش بر کاهش آن از اهمیت بسزایی برخوردار است. برای درمان مشکلات روانشناختی درمان های روانشناختی متعددی در طول سال های متوالی ابداع شده است. امروزه درمانگران با نسل سوم این نوع درمان

ها مواجه اند و آنها را می توان تحت مدل های مبتنی بر پذیرش[1]، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی[2]، درمان فراشناختی[3] و درمان پذیرش و تعهد[4] برشمرد (Hayes & Strosahl, 2010).

در این نوع درمان ها تلاش می شود بجای تغییر شناخت ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی های شناختی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روانشناختی منجر می شوند. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و عمل متعهد (Roditi & Robinson, 2011). مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد در اوایل دهه ۱۹۹۰ با رشد درمان های ابتکاری شروع شد که از اصول ذهن آگاهی استفاده کردند و روی آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش آن تاکید می کنند. در درمان های مبتنی بر پذیرش با استفاده از مثال و تشبیه تلاش می شود تا فرد بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت کننده با روش متفاوتی، وضعیت زندگی خود را بهبود دهد. درمان های مبتنی بر پذیرش بر مبنای این فرضیه روی کار آمدند که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. این درمان ها بر تغییر مراجع نسبت به تجارب درونی و اجتناب هایش تاکید دارد. پذیرش و تعهد ممکن است به مردم در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار خودآیند کمک نماید و این امر نیز منجر به تنظیم هیجانات و رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می شود (Romer & Orsillo, 2005).

لی، آسپلوند و اندرسون (Ly, Asplund & Andersson, 2014) در پژوهشی به ارزیابی کارآمدی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد به وسیله‌ی اسمارت فون در مدیران میانی شهر استکهلم پرداختند. درنهایت نتایج نشان داد که افراد گروه آزمون پس از دریافت برنامه‌ی آموزشی درمانی کاهش معنادار استرس شغلی و افزایش سلامت روان عمومی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افزایش توان بودن در اینجا و اکنون و تطبیق دادن رفتار باارزش‌های شخصی را به‌طور معنادار نشان دادند.

نتایج پژوهش بابوت (Babutt, 2011) نیز نشان می دهد که بطور کلی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند فشار روانی را کاهش دهد (به نقل از Anvari, 2014). همچنین هیوبرت در پژوهش خود، اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی تنظیم هیجانی مورد بررسی قرار داد. وی در این پژوهش بیان میکند که مداخله گروهی تنظیم هیجان مبتنی بر پذیرش تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب

1. Acceptance based Models
2. Based Cognitive Therapy Mindfulness
3. Meta-Cognitive
4. Acceptance and Commitment Therapy

رساندن به خود، عدم تنظیم هیجان و نشانه های ویژه ی اختلال شخصیت مرزی و کاهش نشانه های افسردگی، اضطراب و استرس داشته است (Hubert, 2011).

با در نظر گرفتن مطالب فوق به نظر می رسد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علایم احساس غربت و اضطراب و نیز بهبود تنظیم هیجانی دانشجویان دارای احساس غربت موثر می‌باشد. با این وجود تاکنون تحقیقی در داخل کشور انجام نشده است که این موضوع را مورد بررسی قرار دهد. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علایم غم غربت ، اضطراب و تنظیم هیجانی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشد.

روش

این پژوهش که از حیث هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد به روش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل طراحی و اجرا شد. در سطح توصیفی تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های میانگین و انحراف معیار، و در سطح استنباطی علاوه بر بررسی پیش فرض های لازم(نرمال بودن توزیع متغیرها، برابری واریانس های خطا، همگنی شیب رگرسیون، همراه با بررسی پیش فرض استقلال) برای بررسی داده ها و فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد.

جامعه ی آماری پژوهش حاضر را تمامی دانشجویان ساکن خوابگاه دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ تشکیل می دهد. علی رغم این‌که برای پژوهش‌های آزمایشی یا شبه‌آزمایشی مانند پژوهش حاضر نمونه ۸ تا ۱۰ نفری برای هر گروه پیشنهاد شده است، با این حال به دلیل احتمال کناره‌گیری برخی از اعضای نمونه و افت تعداد نهایی، برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد که بر روی آن هیچ گونه درمانی اجرا نشد و در لیست انتظار برای درمان قرار داده شدند و یک گروه نیز به عنوان گروه آزمایش که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی آن اجرا شد. نمونه ای به حجم ۳۰ نفر را با توجه به معیارهای شمول (دانشجوی سال اولی، عدم سابقه روانپریشی، عدم استفاده از داروی ضد روانپریشی و نمره بالا در ازمون غم غربت) از بین افراد جامعه آماری انتخاب شد. سپس از افراد به صورت شفاهی و کتبی فرم رضایت شرکت در پژوهش گرفته شد و نمونه انتخابی به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند، بدین ترتیب که در هر گروه تعداد ۱۵ نفر حضور داشتند. به دلیل وجود محدودیت‌های مختلف امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بنابراین در این مطالعه از شیوه نمونه گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی استفاده شد.

در گروه کنترل، ۳ نفر (معادل ۲۰درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۷ نفر (معادل ۴۶/۶۶۶ درصد)

دارای تحصیلات لیسانس، ۴ نفر (معادل با ۲۶/۶۶۶ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس و ۱ نفر (معادل با ۶/۶۶۶ درصد) دارای تحصیلات دکترا بوده اند. در گروه درمانی اکت، ۱ نفر (معادل ۶/۶۶۶ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۸ نفر (معادل ۵۳/۳۳۳ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، ۵ نفر (معادل با ۳۳/۳۳۳ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس و ۱ نفر (معادل با ۶/۶۶۶ درصد) دارای تحصیلات دکترا بوده اند. میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۲۳/۲۵ سال و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه گواه ۲۵/۱۵ سال بود.

ابزارها

در این پژوهش برای دست‌یابی به اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

الف) پرسشنامه‌ی حالت – صفت اضطراب اسپیلبرگر ویرایش دوم(STAI – Y[1]): پرسشنامه‌ی حالت – صفت اضطراب اسپیلبرگر فرم تجدید نظر شده‌ی STAI (۱۹۷۰) است که در سال ۱۹۸۳ توسط اسپیلبرگر به منظور سنجش اضطراب تهیه شده است. پرسشنامه‌ی حالت – صفت اضطراب اسپیلبرگر از ۴۰ سوال تشکیل شده که ۲۰ سوال اول حالت اضطراب و ۲۰ سوال دوم صفت اضطراب را مورد سنجش قرار می‌دهد. در پژوهش مهرام (۱۳۷۳) برای محاسبه‌ی پایایی مقیاس اضطراب آشکار از شیوه‌ی آلفای کرونباخ استفاده گردید که پایایی به دست آمده ۰/۹۱ بود. جهت محاسبه‌ی پایایی در مقیاس اضطراب پنهان (صفت) از شیوه‌ی آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای ۶۰۰ نفر گروه هنجار پایایی به دست آمده ۰/۹۰ بود. پژوهش‌های انجام شده نشان‌دهنده‌ی پایایی مطلوب این ابزار است. پناهی شهری (Panahi Shahri, 1993) ضریب آلفا برای مقیاس حالت اضطراب و صفت اضطراب را ۰/۹۰ محاسبه کرده‌اند که ضریب بالایی است. اعتبار این پرسشنامه درتحقیقات مختلف به اثبات رسیده است.

ب) پرسشنامه تنظیم هیجان: گارنفسکی و همکاران (Garnefsky & etal, 2001) با تمرکز بر راهبردهای شناختی هیجان در مواجهه با حوادث تهدید کننده و استرس زای زندگی « پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان » را ساختند. آنها این پرسشنامه را براساس یک رویکرد نظریه محور با استفاده از راهبردهای مقابله شناختی موجود، تغییر راهبردهای مقابله غیر شناختی به شناختی و اضافه کردن راهبردهای جدید تهیه کردند. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه در مقیاس ۵ درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب نه مقیاس تشکیل شده است که هر مقیاس آن یک فرآیند مقابله شناختی را می سنجد. در بررسی مشخصات روانسنجی آزمون پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ به دست

1. State – Trait Anxiety Inventory – Revised form

آوردند (Garnefsky & etal, 2001). پایایی این آزمون در ایران، مورد تایید قرار گرفته است و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس ما بین ۰/۶۴ و ۰/۸۲ گزارش شده است (Abdi, 2007). همچنین، در تحقیق گارانفسکی و همکاران پایایی کل راهبردهای مثبت، منفی و کل شناختی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و۰/۹۳ به دست آمده است.

پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان ۰/۸۵ و برای راهبردهای شناختی منفی تنظیم هیجان ۰/۷۵ به دست آمده است (Firoozi, 2012). خرده مقیاس های تنظیم هیجانی مثبت در این پرسشنامه شامل پذیرش، بازتمرکز مثبت، باز ارزیابی مثبت، تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی و رسیدن به یک دورنما است. همچنین خرده مقیاس های تنظیم هیجانی منفی شامل مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، فاجعه سازی و نشخوار فکری است.

ج)پرسشنامه احساس غربت: ابزاری ۴۵ گویه ای و حاوی ۵ عامل دلتنگی برای خانواده، میل برگشت به زادگاه، سازگاری، احساس تنهایی و دلتنگی برای افراد و محیط آشنا است. نمره گذاری سوالات بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت می باشد. بدین ترتیب که آزمودنی با انتخاب هر یک از گزینه های هرگز، کمی، متوسط، زیاد و خیلی زیاد به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره کسب می کند. ضریب الفای کرونباخ برای هر یک از عوامل بالا به ترتیب برابر با ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۶۹ به دست آمده است که همگی نمایانگر همسانی درونی بالای آن است.

این پرسشنامه ۳ سوال تکمیلی نیز دارد که دو سوال نخست فراوانی تجربه احساس غربت را در موقعیت کنونی و در گذشته و سوال آخر شدت احساس غربت را می سنجد (Ejeyi, dehghani, Ganjavi & Khodapanahi, 2006., VanVliet, 2001).

روش اجرا

بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص برنامه ی مداخله توضیحاتی به گروه آزمایش داده شد و از آنها خواسته شد تا در تمامی جلسات حضور فعالانه ای داشته باشند، سپس پرسشنامه ها به عنوان پیش آزمون در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و همچنین از افراد گروه کنرل نیز خواسته شد به پرسشنامه ها پاسخ دهند. درمان پذیرش و تعهد طی هشت جلسه به صورت گروهی به انجام رسید که هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه به طول انجامید.

در ساختار ۸ جلسه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از پروتکل اجرایی هیز، استروسال، بونتینگ، توهیگ و ویلسون (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2010) استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات و چارچوب و ساختار کلی جلسات

جلسات	محتوا
اول	آشنایی گروه با یکدیگر، برقراری رابطه ی درمانی و سنجش کلی
دوم	درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک این که کنترل مساله است نه راه حل
سوم	شناسایی ارزش های فرد، تصریح ارزش ها، اعمال و موانع
چهارم	بررسی ارزش های افراد و به کارگیری استعاره های مربوطه
پنجم	بررسی همجوشی و گسلش و انجام تمرین هایی برای گسلش با استفاده از استعاره
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه و مشاهده ی خویشتن به عنوان یک بشتر
هفتم	تاکید بر زمان حال
هشتم	آموزش تعهد، داستان زندگی، شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و جمع بندی

یافته‌ها

در این قسمت اطلاعات مربوط به فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه های غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی بر روی دانشجویان عضو گروه گواه و آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون ارائه می گردد. جدول ۲ شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه های بالا را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه های غم غربت، اضطراب و تنظیم هیجانی

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
–	–	–	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	غم غربت	۱۵	۱۳۲/۸۶	۵/۴۸	۷۳/۸۶	۲/۱۳	۱۰۵/۸۸	۲/۱۳
گواه	غم غربت	۱۵	۱۴۱/۲۰	۶/۷۴	۱۳۹/۹۳	۴/۱۳	۱۳۸/۸۶	۴/۱۰
آزمایش	اضطراب	۱۵	۶۱/۸۶	۴/۱۸	۳۳/۸۰	۳/۹۸	۴۳/۳	۳۱/۶۰
گواه	اضطراب	۱۵	۶۳/۲۶	۴/۷۷	۶۶/۸۶	۳/۵۴	۶۶/۲۶	۳/۷۵
آزمایش	تنظیم هیجانی	۱۵	۶۲/۲۰	۸/۲۶	۸۲/۶۶	۶/۰۶	۸۴/۵۳	۶/۲۸
گواه	تنظیم هیجانی	۱۵	۶۴/۶۰	۷/۲۷	۶۱/۳۳	۷/۶۲	۵۷/۹۳	۰۴/۷

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره های غم غربت و اضطراب اعضای گروه آزمایش، در

مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون، کاهش چشم‌گیری داشته است و میانگین نمرات تنظیم هیجانی اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون، افزایش چشم‌گیری داشته است این تغییر در گروه گواه مشاهده نمی‌شود.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، مفروضه نرمال بودن توزیع و همگنی واریانس‌های متغیرها و مفروضه تعامل پیش آزمون و گروه مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر ها با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنف بررسی شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای اطمینان از نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیر	Z اسمیرنف	سطح معناداری
غم غربت	۰/۷۸۲	۰/۵۷۴
اضطراب	۰/۸۳۶	۰/۵۰۳
تنظیم هیجانی	۰/۷۱۰	۰/۶۹۵

همان‌طور که در جدول فوق نشان داده شده است، داده‌های بدست آمده از اجرای پرسشنامه های متغیرهای مورد مطالعه دارای توزیع نرمال هستند (آزمون کولموگروف- اسمیرنوف در متغیرغم غربت، اضطراب، تنظیم هیجانی معنادار نمی‌باشد). بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است. مفروضه همگنی واریانس‌های متغیر ها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول۴. آزمون لوین برای اطمینان از همگنی واریانس‌های متغیر های پژوهش

متغیر	آماره لوین	سطح معناداری
غم غربت	۰/۶۶۰	۰/۵۲۲
اضطراب	۰/۶۹۴	۰/۵۰۵
تنظیم هیجانی	۰/۹۲۶	۰/۴۰۴

همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که آزمون لوین در متغیرهای پژوهش معنی‌دار نمی‌باشد که نشان دهنده این است که واریانس‌ها همگن هستند. بنابراین آزمون تحلیل واریانس اندازه های مکرر قابل اجراست.

جدول۵. نتایج آزمون‌های چندمتغیری در تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرارشده (مکرر) برای غم غربت، اضطراب، تنظیم هیجانی

اثر	شاخص آماری	مقدار	F	درجه آزادی	معناداری
زمان (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری)	اثر پیلای	۰/۹۹۳	۳۵۵/۶۰۲	۱۲	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکس	۰/۰۰۷	۳۵۵/۶۰۲	۱۲	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۱۳۷/۶۵۲	۳۵۵/۶۰۲	۱۲	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۳۷/۶۵۲	۳۵۵/۶۰۲	۱۲	۰/۰۰۱
گروه (اکت، کنترل)	اثر پیلای	۱/۷۱۴	۳۷/۸۸۰	۱۲	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکس	۰/۰۰۷	۶۵/۶۴۰	۱۲	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۳۶/۸۴۵	۱۱۰/۵۳۶	۱۲	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۳۳/۹۶۸	۲۱۵/۱۳۰	۶	۰/۰۰۱
تعامل زمان×گروه	اثر پیلای	۱/۸۹۴	۴۷/۷۷۷	۲۴	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکس	۰/۰۰۱	۶۶/۲۹۲	۲۴	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۷۳/۱۵۵	۹۱/۴۴۳	۲۴	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۶۳/۰۵۸	۱۶۸/۱۵۵	۱۲	۰/۰۰۱

چنان‌که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، عامل زمان معنادار است. به این معنی که تفاوت در پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر های غم غربت، اضطراب، تنظیم هیجانی معنادار است. همچنین، عامل گروه نیز معنادار است. به این معنی که تفاوت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل در متغیر های غم غربت، اضطراب، تنظیم هیجانی معنادار است. در نهایت تعامل زمان با عضویت گروهی نیز معنادار است. به این معنی که متغیر های غم غربت، اضطراب، تنظیم هیجانی بر حسب عضویت گروهی (پذیرش و تعهد) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنادار است.

نتیجه

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علایم غم غربت، اضطراب و نیز بهبود تنظیم هیجانی دانشجویان انجام شد. نتایج حاکی از این بود که شرکت در جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علایم غم غربت، اضطراب و نیز افزایش تنظیم

هیجانی دانشجویان می‌گردد. این یافته ها با نتایج پژوهش های بینفت و پسمور(Binfet & Passmore, 2016)، کاو، ژو و منگ (Cao, Zhu, & Meng, 2016)، اسمیت، هانراهان، اندرسون و آبوت (Smith, Hanrahan, Anderson & Abbott, 2015)،کالاگاس (Calaguas, 2014)، سوینس و گیزیر (Sevins & Gizir, 2014) ،توربر و والتون (Thurber & Walton, 2007)، توگنولی (Tognoli, 2003)، قنبری، حبیبی و شمس‌الدینی (Ghanbari, Habibi & Shamseddini, 2013) و تابع بردبار، رسول زاده طباطبائی، آزاد فلاح و سامانی (Tabe bordbar, Rasoolzade tabatabaei & Azade fallah, 2009) که به تأثیرات مثبت روان درمانی ها از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و بهبود هیجانات اشاره کرده‌اند، همخوانی دارد.

در گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، به وسیله ی تکنیک های شناختی از قبیل، ارزشمند زیستن، تعهد و پایبندی، ناامیدی سازنده، استفاده از تمثیل، ناهم آمیزی شناختی، استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی و روشن سازی ارزش ها و راهبردهای هیجانی از قبیل بودن در زمان حال، ارتقای پذیرش فعال، تمرین های رویارویی، مراقبه و تن آرامی، استفاده از تمثیل و تکنیک های ذهن آگاهی می توان اضطراب و احساس غربت را کاهش و تنظیم هیجانی افزایش داد. درمانگر با استفاده از مفاهیم مربوط به پایبندی/ تعهد به فرد می آموزد پای بندی در بنیادی ترین سطح آن، اجرای رفتاری است که همسو با ارزش های فرد است، نه فقط قول دادن یا توافق کردن بر سر اجرای آن. پای بندی همچنین ممکن است تعیین فعالیت هایی برای دستیابی به هدف های فرد باشد. در پی این برنامه ریزی، فرد اغلب به استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی، به هنگام مواجهه با موانع شناختی و هیجانی، پای بند می شود. بعد از اینکه ارزش ها تصریح شدند زمان کمک به شرکت کنندگان برای جابجایی تمرکز روی پرداختن به رفتارهای جدید آموخته شده می باشد. شرکت کنندگان برای افزایش میلشان در سرتاسر درمان تعهداتی داده اند و حالا تعهد باید بر درگیری بر روی این فعالیت های ارزشمند متمرکز شود (Mc key & et al, 2014).

در ادامه، درمانگر با استفاده از تکنیک ناامیدی سازنده با آشکار کردن آن طبقه از رفتارهایی که در خزانه ی رفتاری شرکت کنندگان است و همگی در جهت گریز یا اجتناب از احساسات اضطرابی عمل می کند، درمانگر به شرکت کنندگان کمک می کند تا همه ی کارهای مختلفی که برای کاهش یا اجتناب از اضطراب انجام می دهند را کشف کنند و اثربخشی این راهبردها را ارزیابی کنند. آنچه درمانگر و مراجع به دنبال آن هستند روش هایی است که در دراز مدت موثر می باشد (Twohig, Hayes & Masuda, 2006).

همچنین درمانگر در تمامی جلسات درمان، بسته به موضوع مطرح شده تمثیل های مرتبط با موضوع را برای شفاف سازی تکنیک ها و تکالیف ارائه شده استفاده می کرد.

همچنین برای کاهش افکار اضطرابی از تمرین فرونشانی فکر استفاده شد: این تمرین خاصه برای درمانجویانی مفید است که با نشخوار فکری یا شناخت واره های مزاحم دست و پنجه نرم می کنند. در تمرین مزبور از درمانجویان خواسته می شود چشمان خود را ببندند و با جدیت تمام سعی کنند به موضوع مشخصی فکر نکنند (برای مثال، به موز فکر نکن). درمانگر در حین تمرین با بیان مواردی از این دست، وارد کارزار می شود: به پوست زرد موز فکرر نکن؛ به نحوه ای که داری موز رو پوست می کنی فکر نکن؛ مخصوصا به خوردن موز فکر نکن؛ و جز اینها. تمرین فرونشانی فکر به روشن شدن این مطلب کمک می کند که تلاش برای فکر نکردن به موضوعی خاص به ندرت با موفقیت همراه است. همچنین درمانگر با استفاده از تمرین های ذهن آگاهی سعی در کاهش احساسات اضطرابی شرکت کنندگان و کاهش نشخوار فکری که منجر به احساسات افسرده وار در شرکت کنندگان می شود داشت. دستورالعمل تمرین های ذهن آگاهی بدین شرح است که به درمانجو تنقلات داده می شود (کشمش، پاستیل، شکلات و...) و از او خواسته می شود قبل از خوردن، توجه متمرکز و کنجکاوانه ای را بر تمام ویژگیهایش (، شکل، اندازه، رنگ، جنس، بو و احساس ناشی از آن) معطوف کند. نحوه خوردن نیز باید آهسته و همراه با آگاهی تمام عیار از حس های ناشی از جویدن، چشیدن و بلعیدن باشد. تمریناتی از این دست را می توان به راحتی در قالب تکالیف خانگی نیز به اجرا درآورد. برای مثال مسواک زدن با آگاهی طی هفته آینده (Doosti, Gholami & Torabian, 2016).

به طور کلی در مورد استنتاج یافته ها ، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علایم غم غربت، اضطراب و نیز افزایش تنظیم هیجانی دانشجویان می‌گردد. بنابراین نتایج این تحقیق و تحقیقات گذشته از مداخلات و روش‌های گروه دمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت کاهش غم غربت، اضطراب و نیز افزایش تنظیم هیجانی دانشجویان و متعاقبا بهبود عملکرد دانشجویان در دانشگاه حمایت می‌کند.

قدردانی

در پایان پژوهش بر خود لازم می دانیم از زحمات کارکنان دانشگاه فردوسی قدردانی کنیم. این پژوهش بر گرفته از پایان نامه دکتری اینجانب مهدی ولی زاده می باشد و هیچگونه حمایت مالی سازمانی نشده است و با هزینه شخصی بوده است.

References

Abdi. S., Babapoor. K., Fathi. H. (2010). Relationship between models of cognitive emotional regulation and general health in students, *Journal of AJA mums*, 8(4), 258-264. (In Persian)

Bardelle, C., & Lashley, C. (2015). Pining for home: Studying crew homesickness aboard a cruise liner. *Research in Hospitality Management*, *5*(2), 207-214.

Benn, L., Harvey, J. E., Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness. *Personality and Individual Differences*, 38, 1813-1822.

Bernier, A., Larose, S., & Whipple, N. (2005). Leaving home for college: A potentially stressful event for adolescents with preoccupied attachment patterns. *Attachment & Human Development*, *7(2)*, 171-85.

Binfet, J. T., & Passmore, H. A. (2016). Hounds and Homesickness: The Effects of an Animal-assisted Therapeutic Intervention for First-Year University Students. *Anthrozoös*, *29*(3), 441-454.

Calaguas, G. M. (2014). Cypriot Journal of Educational Sciences. *Sciences*, *9*(4), 270-279.

Cao, C., Zhu, D. C., & Meng, Q. (2016). An exploratory study of inter-relationships of acculturative stressors among Chinese students from six European Union (EU) countries. *International Journal of Intercultural Relations*, *55*, 8-19.

Doosti. P., Gholami. S., Torabian. S. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reduction of aggression in internet addicted student. *Journal of Health and Care*, 18(1), 63-72. (In Persian)

Duenas. J. A. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Difficulties with Emotion Regulation: An Open Trial. *Western Michigan University,* 2016.

Ejei. J., Dehghani. M., Ganjavi. A., Khadapanahi. M. (2010). Validation of homesickness questionnaire in students. *Journal of Behavioral science*, 2(1), 1-12. (In Persian)

Eurelings-Bontekoe, E., Brouwers, E., Verschuur, M., & Duijsens, I. (1998). DSM-III-R and ICD-10 personality disorder features among women experiencing two types of self-reported homesickness: An exploratory study. *British Journal of Psychology*, 89, 405-416.

Firoozi. A. (2012). Relation between body image concern, attachment style and emotion regulation with symptoms of eating disorder in students of Jondishapoor University, *thesis for M.A degree, Chamran University, Ahvaz, Iran. (In Persian)*

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 40,* 1659–1669.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, *30,* 1311–1327.

Garnefski, N., van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems. *European Journal of Personality, 16,* 403–420.

Ghanbari. N., Habibi. M., Shamseddini. S. (2013). The effectiveness of cognitive behavioral stress management on improving of psychological, emotional and sociological well being in students with homesickness. *Journal of Clinical Psychology*, 1(17), 47-56. (In Persian)

Hayes, S. C, Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2010). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3-29). *New York, NY*: Springer ScienceBusiness Media.

Hojat, M., & Herman, M. (1985). Adjustment and psychosocial problems of Iranian and Filipino physicians in the U.S. *Journal of Clinical Psychology, 41*, 130-136.

Hulbert-Williams, N.J., Storey, L. & Wilson, K.G. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. *Eur J Cancer Care*, 2015; 24(1):15-27.

Ly, K. H., Asplund, K., & Anderson, G. (2014). Stress management for middle managers via an acceptance and commitment-based smartphone application: A randomized controlled trial. Internet *Inventions*, 1, 95-101.

Mc key. M., Fining. P., Liyof. A., Skin. M. (2015). *Get ride of interpersonal problems: Acceptance and commitment therapy*. Tehran: Arjmand. (In Persian)

Mokhtari. D. M. (2014). Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on improving of thought-action intersection and improve of quality life in women with OCD, *Thesis for M.A degree, Ferdowsi university of Mashhad*, Mashhad, Iran. (In Persian)

Panahi shahri. M. (1993). Elementary study of validity and reliability of inventory of STAI, *Thesis for M.A degree, Tarbiat Modarress University*, Tehran, Iran. (In Persian)

Roditi, D., & Robinson, M.E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manage*, 4:41-9.

Roemer, L., Orsillo, S. M., Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 76(6):1083-1089.

Sadook, B., & Sadook. J. (2009). *Synopsis of psychiatry, behavioral sciences/ clinical psychiatry, (Poorafkari).* Tenth edition, Tehran: Shahrab. (In Persian)

Sevinc, S., & Gizil, C. A. (2014). Factors Negatively Affecting University Adjustment from the Views of First-Year University Students: The Case of Mersin University. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 14(14), 1301-1308.

Smith, B., Hanrahan, S., Anderson, R. & Abbott, A., (2015). Predicting Homesickness in Residential Athletes, *Journal of Clinical Sport Psychology*, 9, 138 -155.

Tabe bordbar. F., Rasoolzade tabatabaei. K., Azade fallah. P., Samani. S. (2009). The effectiveness of assertiveness training on homesickness in girl students. *Journal of Mazandaran University*, 19(73), 28-33. (In Persian)

Thurber, C. A. (2005). Multimodal homesickness prevention in boys spending 2 weeks at a residential summer camp. *Journal of consulting and clinical psychology*, *73*(3), 555.

Thurber, C. A., & Walton, E. (2007). Preventing and treating homesickness. *Pediatrics*, *119*(1), 192-201.

Thurber, C. A., & Walton, E. A. (2012). Homesickness and adjustment in university students. *Journal of American College Health*, *60*(5), 415-419.

Tognoli, J. (2003). Leaving home: Homesickness, place attachment, and transition among residential college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, *18*(1), 35-48.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther,* 37(1): 3-13.

Van Tilburg, M., & Vingerhoets, A. (Eds.). (2005). Psychological aspects of geographical moves: Homesickness and acculturation stress. *Amsterdam University Press*.

Van Tilburg, M., Vingerhoets, Ad., & van Heck, G. L. Homesickness*: A Review of the Literature Psychological Medicine*, 1996; 26: 899-912.

VanVliet, T. (2001). Homesickness: Antecedents, consequences, and mediating processes. Wageningen, *The Netherlands: Ponsens & Looijen*.